

Sorteo de la Tablet Samsug Galaxy

Agradecemos el entusiasmo de todas las personas que asistieron a nuestra Travesía Académica Salamandra “Guías de Actualización en Urgencias y Emergencias” que se realizó en las ciudades de Cali, Bogotá, Medellín y Barranquilla, respondiendo de manera positiva.

Previo al desarrollo del evento se invitó al personal de Salud colombiano a enviar sus preguntas académicas sobre el manejo de urgencias a través de nuestra Web institucional y Facebook, además de asistir al evento.

Recibimos más de 60 preguntas, después de la correspondiente verificación sólo 12 personas cumplieron con los requisitos establecidos para el sorteo; el cual se realizó el pasado sábado en las instalaciones de Salamandra Cali, en una grabación sin cortes donde se confirma que la ganadora de la Tablet Galaxy Samsug fue Diana Lucia Salazar Pizarro CC 76 933 XXX de Vives.

Las preguntas recibidas de diferentes rincones de Colombia e incluso de países vecinos, reflejaron la motivación y compromiso por ayudar y dar lo mejor de sí por otro ser humano en situaciones de urgencia, esto ratifica la importancia de estar actualizado.

Nuestro sincero agradecimiento a quienes nos acompañaron. Tenemos la certeza que la inversión de tiempo, dedicación, compromiso y solidaridad es invaluable en la labor de multiplicar oportunidades de vida de las personas víctimas de circunstancias adversas.

Podrán revisar a continuación algunas de las preguntas realizadas para el evento:

PREGUNTAS TRAVESÍA ACADÉMICA SALAMANDRA 2011

- 1. Paciente que ingresa a urgencias con cuadro de heridas múltiples por proyectil de arma de fuego una de las cuales compromete el tórax y pasa la línea media desde su origen como orificio de entrada. a pesar de encontrarse hemodinámicamente estable es una indicación absoluta enviarlo a toracotomía de urgencias?**

El paciente descrito presenta una herida por proyectil de arma de fuego en región precordial y se encuentra hemodinámicamente estable por lo cual se le debe realizar una ventana pericárdica y no una toracotomía de emergencia. Es decir, las heridas penetrantes en región precordial en pacientes estables se realizan ventana pericárdicas y las heridas penetrantes en región precordial en pacientes inestables se realizan toracotomía de emergencia.

- 2. Paciente que ingresa al servicio de urgencias con antecedente de politraumatismo por accidente de tránsito en calidad de piloto de una motocicleta bajo efectos de bebidas alcohólicas. ingresa con una vía aérea aparentemente asegurada con una máscara laríngea, sin embargo satura 82%, trae 2 venas canalizadas y no se evidencian estigmas de sangrado. la pregunta es: es una indicación retirar la máscara laríngea e intentar dispositivos básicos según patrón respiratorio o es mandatorio el cambio de la máscara laríngea por una vía aérea definitiva (tubo en traquea a con balón inflado) y verificar de nuevo la saturación?**

Es claro que el paciente descrito anteriormente presenta hipoxia lo cual se evidencia en una saturación de 82%. Es importante recordar que la máscara laríngea no se considera una vía aérea definitiva debido a que es un dispositivo supraglótico y no se podría afirmar que la vía aérea está asegurada con el uso de la misma.

- Se deben realizar maniobras manuales para permeabilizar la vía aérea como la maniobra de subluxación mandibular y se deben tener en cuenta el uso de dispositivos para permeabilizar la vía aérea como las cánulas orofaríngeas y las cánulas nasofaríngeas.
- Es importante mencionar que se debe evitar la maniobra frente-mentón para permeabilizar la vía aérea ya que está podría incrementar una probable lesión vertebro-medular.
- Se deben identificar las indicaciones para asegurar la vía aérea a través de la intubación orotraqueal:

- ✓ TCE severo (Glasgow menor de 9)
- ✓ Paciente en apnea
- ✓ Trauma maxilofacial severo
- ✓ Quemadura de la vía aérea
- ✓ Incapacidad para mantener la vía aérea permeable por otros métodos
- ✓ Hematoma expansivo en cuello
- ✓ Paro cardiorespiratorio
- Se debe administrar oxígeno suplementario a todos los pacientes politraumatizados inicialmente con máscara de no reinhalación con reservorio a 8-12 lts/min.
- Adicionalmente se debe prestar especial atención a la columna cervical, se debe inmovilizar manualmente la cabeza y hacer uso de collares cervicales, inmovilizadores laterales y tablas espinales rígidas.

3. paciente 28 años diabética tipo 1 que ingresa con una glicemia de 26, en aparente estado post icatal, el servicio de urgencias decide dar inicio a bolos de dextrosa al 50 % con seguimiento de glucometria, sin embargo 1 hora después de intentos fallidos, aparece familiar quien afirma intento de suicidio con metformina no sabe cuántas tabletas. la indicación es continuar con protocolo de intoxicación y garantizar un equilibrio glucometrico, o estabilizar primero los niveles de glicemia?

La metformina es una biguanida ampliamente utilizada en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo II. Entre los efectos secundarios derivados de su empleo destaca por su baja frecuencia de presentación pero potencial gravedad la acidosis láctica. El diagnóstico de la misma se basa generalmente en la coexistencia de la acidosis láctica en un paciente en tratamiento con metformina con uno o más factores de riesgo para la presentación de la misma. El desarrollo de acidosis láctica en relación con el tratamiento con metformina conlleva una mortalidad que oscila entre 50-80%

El tratamiento de la intoxicación por metformina es controvertido. El empleo de bicarbonato es habitual aunque no existe evidencia científica de que se asocie a un mejor pronóstico. Además, la administración de bicarbonato endovenoso se puede asociar a múltiples efectos secundarios que incluyen: desplazamiento a la derecha de la curva de disociación de la hemoglobina, sobrecarga de sodio, alcalosis metabólica de rebote, alteraciones en las cifras de potasio y calcio séricos, vasodilatación refleja tras la administración en forma de bolo y descenso de la contractilidad miocárdica al incrementar la producción de dióxido de carbono[3,5,6]. La escasa unión de la metformina a las proteínas plasmáticas

permite emplear las técnicas de hemodiálisis en el tratamiento de su sobredosificación. La hemo- diálisis con soluciones con bicarbonato ha demostrado ser eficaz en la eliminación de la metformina plasmática permitiendo además la corrección de la acidosis evitando los potenciales riesgos de la administración endovenosa de bicarbonato.

Adicionalmente se debe corregir la hipoglicemia con Dextrosa.

- 4. Paciente de 50 años de edad con Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC) descompensada, con quemadura de del 60% de superficie corporal. Quemado con gasolina. Llega al Servicio de Urgencia como sería el manejo de líquidos endovenosos.**

El manejo de líquidos endovenosos en un paciente quemado sin cardiopatías se debe manejar con formula de parkland así: $(4cc) \times (Kg \text{ de peso}) \times (\text{Superficie corporal tota quemada})$, sin embargo para un paciente con superficie corporal total quemada de más del 50% y adicionalmente con falla cardíaca, se debe realizar según el parkland para pacientes cardiópatas, de la siguiente manera: $(2cc) \times (Kg \text{ de peso}) \times (\text{Superficie corporal total máximo hasta un 50\%})$, es decir, $(2cc) \times (Kg \text{ de peso}) \times (50)$. Esta cantidad de líquidos debe administrarse la primera mitad en las primeras 8 horas contadas desde el evento y el resto para pasar las siguientes 16 horas.

- 5. Como reanimar a un paciente, cuando no se tiene a la mano las herramientas necesarias, ej. en la casa a altas horas de la noche, donde no hay como transportarlo. Gracias. Es importante cambiar las técnicas de reanimación cuando son obsoletas, o debemos continuar con los mismos procedimientos?**

La secuencia de reanimación y el soporte de vida básico ha cambiado a través del tiempo, con el fin de evitar terminologías abstractas y hacerlo más asequible para la comunidad en general, no solo al personal educado en salud, sino al personal lego, es decir, cualquier personal del común. Por este motivo, según las guías de la American Heart Association de 2010, recomiendan que la reanimación de un paciente debe ser una secuencia, una cadena de la supervivencia.

El primer paso (el primer eslabón de la cadena de supervivencia), la activación del sistema de emergencias médicas es establecido en cada región, y se debe realizar luego del contacto con el paciente cuando este no responde, no respira o se encuentra con respiración anormal como boqueo agónico. Si esta persona se encuentra dentro de estos elementos, se debe contactar inmediatamente al servicio establecido en cada región. Para la llamada a emergencias se deben tener



ciertos puntos clave como presentarme para que el personal tenga conocimiento de quien da la información, saber a quién entrego la información, las características del paciente (edad aparente, colapso súbito, no respira, no responde o está boqueando), que es lo que necesito (ej.: necesito una ambulancia y un desfibrilador externo automático), cuánto tiempo se demoran y si puedo colgar o necesitan alguna información adicional.

Luego de haber realizado la llamada al sistema de emergencias médicas informando de un paciente adulto que colapsa súbitamente y no responde o no respira o está en boqueo agónico, se debe iniciar el segundo eslabón de la cadena de supervivencia, que hace referencia a la reanimación tomando el pulso carotideo (a 2 cm lateral del cartílago tiroides o también conocida como manzana de Adán) a lo sumo por 10 segundos y si no tiene o tiene problemas analizando el pulso se debe iniciar compresiones torácicas de alta calidad (comprimir fuerte y rápido a una frecuencia de más de 100 compresiones por minuto y una profundidad de 5 cm en adultos y niños, en lactantes 4 cm, en toda la mitad del esternón con los brazos rectos y perpendiculares), hasta que llegue el personal paramédico que atenderá el manejo avanzado del paciente.

6. Quisiera conocer el manejo básico en un cuadro de status epiléptico que ocasiona gran preocupación en un servicio.

La Organización Mundial de la Salud actualmente denomina "status epiléptico" a las crisis epilépticas que se repiten en cortos intervalos de tiempo o son suficientemente prolongadas, como para condicionar un estado epiléptico fijo y duradero. Por lo cual el manejo en un servicio de urgencias debe ser rápido y enfocado en los posibles riesgos que afecten negativamente la condición de este, es decir, el enfoque del manejo básico se debe realizar desde diferentes niveles terapéuticos, de la siguiente manera:

- Mantener una vía aérea permeable mediante el uso de diferentes elementos como la maniobra frente-mentón para permitir que el paciente pueda respirar mejor, el uso de cánulas oro-faríngeas como elemento de protección para mordeduras de la lengua.
- Lateralización de la cabeza como método preventivo de bronco aspiración, y retirar elementos que puedan generar algún tipo de traumatismo de la región cefálica. Como medida de control de riesgo de traumatismo se recomienda lateralizar el paciente y mantenerlo en esta posición por un tiempo considerable.
- Intubación orotraqueal en caso de que el paciente se encuentre en depresión respiratoria y/o neurológica.





Sorteo de la Tablet Samsung Galaxy

(Travesía Académica: Guías de Actualización en Urgencias)

- Mantener una adecuada perfusión de oxígeno con niveles de saturación dentro de parámetros normales, mediante el uso de mascarilla de no reinhalación. Si el paciente requiere ventilación asistida en caso de depresión, se debe realizar.
- Canalización de una vena periférica para administración de medicamentos anticolvulsionantes. Inicialmente se recomienda manejo con benzodiazepínicos (diazepam, clonazepam, etc.) y como tratamiento coadyuvante el uso de la fenitoina se puede establecer como manejo inicial en este tipo de pacientes.
- Monitorización de signos vitales y del ritmo cardiaco, en caso de que haya una descompensación hipotalámica que origine una arritmia cardiaca que debe ser manejada inmediatamente.
- Tratamiento inmediato de la hipertermia, mediante el uso de antipiréticos o medidas físicas, hasta llegar en algunos casos graves al uso de relajantes musculares.
- Control de la glicemia con glucometrías periódicas y si estas llegasen a presentar niveles bajos de glicemia, se recomienda iniciar con un bolo de dextrosa EV de 25- 50 gramos.

7. Tengo inquietudes sobre el primer auxilio en una persona con paro cardíaco. Síntomas, como sé que es un paro?

El reconocimiento temprano de una persona que está en paro cardiorespiratorio, se debe realizar mediante el contacto con una persona que colapsa súbitamente. Para este punto es necesario llamarlo fuerte y claro, tocándole los hombros a los pacientes adultos y niños mayores de 1 año, y la cabeza y los pies a los pacientes lactantes.

Luego de establecer el contacto en estas personas, el reconocimiento del paro cardiorespiratorio se determina cuando el paciente No responde al contacto, No respira o se encuentra respirando anormalmente, es decir, está en respiración agónica o boqueo agónico, según las guías actualizadas en reanimación cardiopulmonar de la American Heart Association 2010.

El manejo básico de un paciente adulto que entro en paro cardiorespiratorio incluye adicionalmente la llamada al sistema de emergencias medicas para informar de un paciente que colapsa súbitamente y no responde o no respira o boquea agónicamente, seguido de las compresiones torácicas de alta calidad, que solo incluye sus manos si no tiene soporte respiratorio, manteniendo una frecuencia de compresiones torácicas a mas de 100 por minuto por 2 minutos,



fuertes y profundas luego de que se haya tomado pulso carotideo o se tengas dudas si tiene o no tiene pulso y hasta que llegue el personal de atención en emergencias o personal entrenado en reanimación cardiopulmonar.

8. ¿Cómo actuar cuando llega un quemado con un 82% más afectada la vía aérea?

Las quemaduras son considerados factores de gran importancia, también mencionadas como traumatismos térmicos, que afectan al paciente a nivel multisistémico, es decir, no solo compromete el tejido epidérmico, sino que afecta sistemas como el hemodinámico, renal, hormonal, hidroelectrolítico, entre otros.

Cuando nos encontramos frente a un paciente con una quemadura del 82 % de superficie corporal total quemada y además presenta una quemadura de la vía aérea, se debe priorizar en este paciente para que sea hospitalizado en unidad de cuidado intensivo sabiendo que el pronóstico y el índice de riesgo para este paciente evidencia criterios claros de hospitalización. Primero hay que conocer el grado de quemadura que este presenta y luego establecer que manejo debería de ser el más recomendado, luego de conocer las alteraciones y la gravedad que presenta pues rápidamente debe ser intubado por la quemadura de vía aérea debido a que la mucosa se va a edematizar y va a anular la permeabilidad de aire.

Posteriormente se debe insistir en la intervención multidisciplinaria, ya que las alteraciones multisistémicas ocurren de la siguiente manera:

- Alteraciones cutáneas y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica
 - Vasodilatación intensa, trombosis, destrucción del plexo vascular dérmico y subdérmico.
 - Destrucción parcial o total de la epidermis.
 - Destrucción parcial o total de la dermis, hipodermis y tejido subyacente.
 - Destrucción y exposición de las estructuras nerviosas.

- Alteraciones hemodinámicas e hidroelectrolíticas
 - Lesión del endotelio, vasodilatación y aumento secundario de la permeabilidad capilar.
 - Pérdida marcada de líquidos y electrolitos en las primeras 48 horas.
 - Destrucción masiva y continua de glóbulos rojos, con liberación de potasio y disminución importante de la masa eritrocitaria. Hiperkalemia.



- Hiponatremia hipotónica (1as 48-72 horas)
- Acidosis metabólica (pérdida de H₃CO₄, catabolismo aumentado).

- Alteraciones cardiorespiratorias
 - Taquicardia con aumento del gasto cardiaco al inicio del evento.
 - Luego presenta hipovolemia, hiperviscosidad sanguínea, hipotensión, vasoconstricción periférica, aumento de las resistencias y disminución del retorno venoso, produciendo insuficiencia circulatoria aguda.

- Alteraciones hormonales y autonómicas
 - Estrés
 - Hiperglicemia
 - Hiperosmolaridad
 - Hemoconcentración
 - Hipermetabolismo

- Alteraciones renales
 - Shock hipovolémico, hipoperfusión tisular e isquemia renal severa.
 - Efecto nefrotóxico por acumulación de detritos filtrados a nivel glomerular.
 - Infección sobre-agregada.

9. En los traumas craneoencefálicos que conducen a una herniación de las amígdalas cerebelosas, por fractura y edemas, ¿cómo se debe regularizar los líquidos, que se le suministren al paciente?

Cuando tenemos un paciente con trauma craneoencefálico uno de los objetivos terapéuticos es prevenir la lesión secundaria, que a su vez está condicionada por hipoxemia, hipovolemia e hipotensión. Por esta razón, el manejo con líquidos intravenosos es fundamental en estos pacientes y está contraindicada la hipotensión permisiva o reanimación hipotensiva debido a que una sola cifra de hipotensión puede duplicar la mortalidad en estos pacientes. En un paciente con





signos claros de hipotensión endocraneana se debe manejar como se describe a continuación:

MANEJO EN HTEC DOCUMENTADA

Implica tener una escanografía que evidencia signos de HTEC o lesión focal con efecto de masa, ventriculostomía que evidencia una PIC mayor de 20mmHg.

El protocolo de manejo cumpliendo las órdenes previamente enunciadas para todo paciente con TCE es:

Sedación

Sedar el paciente para disminuir la HTEC causada por dolor, elevación de catecolaminas, ansiedad y agitación; además de teóricamente disminuir el metabolismo cerebral.

Anti-convulsivantes en caso de:

- Hematoma Intracraneano (epidural, subdural o intracerebral).
- Fractura expuesta de cráneo o lesión penetrante.
- Convulsión en las primeras 24 horas pos-trauma.
- Glasgow menor al 10.
- Contusión cortical.
- Hidrocefalia aguda.

Craniectomía De compresiva más Duro plastia amplia

- Con la finalidad de permitir más espacio al cerebro, en casos muy bien seleccionados.

Drenaje Quirúrgico

- De toda masa mayor de 1 centímetro en su diámetro transversal.
- En caso de requerirse lobectomía temporal, realizarla máximo 4 -5cm en el lado dominante y máximo 7 centímetros en el no dominante.

Mantener:

- PaCO₂, 35-40 Mm. Hg. (Abolir la hiperventilación de rutina).
- Iniciar con una FiO₂= 100%, hasta llegará una PaO₂ >90%.

Si Glasgow menor o Igual que 8:

- Realizar IOT, previa sedación leve y lidocaína endovenosa.
- Sedación y parálisis muscular (en Ud y con IOT) si el paciente está agitado.
- Drenaje de LCR ventriculostomía: 3-5 cc.
- Terapia osmótica vs. Soluciones hipertónicas al 3% y 7%.
- Manitol: 0.5 - 1 gr/ Kg. bolo (actualmente el bolo inicial está en discusión).
- Mantenimiento: 0.25 mg/kg./6 horas 6 según necesidad.
- Se puede alternar con furosemida 10 - 20 Mg. IV cada 6 horas en caso de edema cerebral difuso con paciente euvolémico (18).
- Es preferible que las soluciones hipertónicas manejadas por neurocirujanos o intensivistas.
- En caso de hiperemia es preferible utilizar furosemida.

Si la HTEC persiste y osmolaridad sérica es <320 mosm /L (25),(26),(27):



- Aumentar la dosis a 1 mg/kg. De manitol y/o colocar a intervalos más cortos. O pasar a soluciones Hipertónicas al 3% o 7,5% en bolos.
- Llevar la PaCO₂ 30 - 35 Mm. Hg. Con mediciones continuas con Doppler Duplex transcraneal para vigilar signos de isquemia cerebral.
- Utilizar ventilación de alta frecuencia, si hay alteración en complacencia pulmonar.

10. En caso de accesos venosos difíciles con un paciente inestable hemodinámicamente sobre todo un menor de 1 año cual sería la primera opción (eliminando la hidratación por sonda orogastrica) y si esta se debería realizar a pesar de no contar con la experiencia y en ausencia del personal calificado?

La infusión intraósea es considerada la segunda opción como vía de administración de medicamentos y líquidos durante el paro cardiorespiratorio después de la vía intravenosa.

La absorción es muy buena y se puede administrar todo lo que se puede administrar por una vía venosa.

La Infusión intraósea se puede realizar en:

- Tibia proximal a 2 cm de la tuberosidad tibial a nivel medial
- Tibia distal
- Fémur distal
- Crestas iliacas anterosuperiores

Está contraindicado en pacientes con:

- Osteogénesis imperfecta
- Fracturas
- Infecciones a nivel local

La técnica consiste en introducir la guía de un catéter 14-16 en forma rotatoria hasta que se venza la resistencia en las referencias anatómicas anteriormente descritas. También existen dispositivos especiales para realizar este procedimiento como las pistolas de infusión intraósea las cuales cumplen el mismo principio.

11. Un paciente con enfermedad de 3 vasos que está a la espera de bypass coronario y llega al servicio de urgencias con dolor anginoso, sin cambios electrocardiográficos ni elevación de enzimas, se beneficia de manejo ambulatorio de Clopidogrel?

Todo paciente con enfermedad coronaria documentada que presente dolor anginoso se debe sospechar que esta presentado un síndrome coronario agudo. El cual se clasifica básicamente en tres categorías dependiendo de los hallazgos electrocardiográficos y en los biomarcadores cardiacos. En todo paciente con

síndrome coronario agudo se debe realizar un manejo inicial en el servicio de urgencias de acuerdo a la nemotecnia MONAC.

M: Morfina 2-4 mg IV

O: Oxígeno : 3-5 lts/min por cánula nasal si la saturación de oxígeno es menor a 94%

N: Nitratos. Dinitrato de isosorbide sublingual por 5 mg máximo se pueden administrar tres dosis o 15 mg.

A: Aspirina a una dosis de antiagregación plaquetaria entre 160-325 mg masticada.

C: Clopidogrel a una dosis de carga de 600 mg.

Oxígeno:

- Todo paciente con NSTEMI/AI y saturación de O₂ < 94% debe recibir la suficiente FIO₂ para garantizar una SaO₂ > 94%.
- Todo paciente con NSTEMI/AI cánula nasal a 3 lts/min por las primeras 6 horas.

ASA:

- Todo paciente con NSTEMI/AI 300 mg vo masticados iniciales.
- Continuar con 100 mg al día.
- Si el paciente fue llevado a angioplastia con implante de stent: 200 mg día.

Clopidogrel:

- 600 mg vo de carga.
- 150 mg vo al día por 1 semana.

Estatina:

- Atorvastatina 80 mg vo de ataque y, según perfil lípido se definirá manejo de acuerdo a las siguientes metas: CT <160mg/dl LDL <70mg/dl HDL >45mg/dl Triglicéridos <200mg/dl.
- Si se requiere disminuir < 25% del valor para alcanzar metas: Lovastatina 40 mg al día.
- Si se requiere disminuir 25% - 50% del valor para alcanzar metas: Atorvastatina 20 a 40 mg al día.
- Si se requiere disminuir > 50% del valor para alcanzar metas: Rosuvastatina 10 a 40 mg al día.

Nitroglicerina:

- Si el paciente ingresa con angina: SL 5 mg cada 5 minutos hasta que desaparezca el dolor con una dosis máxima de 15 mg.
- Debe administrarse con bomba de infusión intravenosa, 10-20 ug/min aumentando la dosis en 5-10 ug/m cada 5-10', monitorizando cuidadosamente la respuesta clínica y hemodinámica cuando no se logre control de los síntomas a pesar de uso de nitroglicerina SL; pacientes en edema agudo de pulmón y paciente hipertensos. La titulación se puede hacer de acuerdo al control de los síntomas clínicos o hasta la disminución de la TAS del 10% en pacientes normotensos o del 30% en aquellos hipertensos. Deben mantenerse cifras de TAS superior a 100 mmHg y evitarse un aumento de la FC mayor de 10 latidos/m o que exceda los 110 latidos/m. Dosis mayores a 200 ug/min deben ser evitados por el riesgo potencial de inducir hipotensión arterial.

Fondaparinux:

- 2.5 mg IV en bolo y continuar con 2.5 mg SC al día
- Si el paciente tiene una creatinina > 3.0 mg/dl si indicara el uso de enoxaparina a las dosis ajustadas a la función renal.

Inhibidor de glicoproteína IIb/IIIa:

- Solo en aquellos pacientes con un TIMI score de alto riesgo (puntaje igual o mayor a 5) durante 48 horas.

Betabloqueador:

- Iniciar Metoprolol en todo paciente que no tenga contraindicaciones en las siguientes 24 horas buscando una FC 50 – 60 por minuto.

IECA:

- Iniciar Enalapril en paciente con edema agudo de pulmón o en aquellos con FEVI < 40%.

ARA II:

- Iniciar Losartan cuando exista contraindicación para el uso de IECA o como coadyuvante para el control de la tensión arterial.

12. ¿Cómo son los pasos para colocar un cuello ortopédico?

1. La presencia de paraplejía o pérdida sensorial en el tórax o abdomen debe hacer
Comunicaciones y Mercadeo Institucional | contactodirecto@salamandra.edu.co | www.salamandra.edu.co

sospechar inestabilidad espinal.

2. Pacientes despiertos, alertas, sobrios y neurológicamente normales y sin dolor en la columna torácica o lumbar: se debe inspeccionar y palpar toda la columna. Si no hay equimosis sobre las apófisis espinosas ni crepitación a la palpación, es muy poco probable una fractura inestable, y pueden no ser necesarias las radiografías toracolumbares.
3. Pacientes que no tienen dolor en la columna o crepitación a la palpación, déficit neurológico, alteración en el estado de conciencia o hay sospecha de intoxicación: se deben obtener radiografías AP y lateral de toda la columna toracolumbar. También se debería tomar un TAC axial con intervalos de 3 mm de las áreas sospechosas identificadas con radiografías simples

Ante cualquier respuesta afirmativa, se debe inmovilizar

1. Alteración de la conciencia (Glasgow <15)
2. Hay dolor en la columna (incluyendo a la palpación), déficit neurológico, alteración de la anatomía de la columna?
3. El paciente está bajo los efectos de alguna sustancia como drogas, alcohol, sedantes, etc., o tiene un trauma que lo distraiga (definido como una lesión que cause mucho dolor; Ej.: fractura de pelvis, heridas, etc.), o no se puede comunicar?

Una vez se ha determinado que el paciente requiere inmovilización de la columna, las primeras maniobras a realizar son la alineación manual de la cabeza y el movimiento en bloque. Con el movimiento en bloque, se busca manejar toda la columna del paciente como una estructura rígida, a fin de evitar movimientos de rotación, flexión o extensión que puedan generar daño medular.

Con la alineación manual, se busca alinear el eje de la columna torácica con el eje de la columna cervical, lo cual disminuye la posibilidad de lesión y permeabiliza la vía aérea.

Se dice que la columna se encuentra alineada en su eje sagital cuando el conducto auditivo externo se encuentra en la misma línea que el hombro del paciente. Si el paciente se encuentra de pie o sentado, se recomienda realizar una ligera tracción axial de la cabeza, a fin de evitar que el peso de la misma comprima la columna cervical.

Contraindicaciones para la alineación cervical

- Espasmo de la musculatura
- Dolor durante la maniobra
- Compromiso de la vía aérea
- Aumento del déficit neurológico (parestesias, hipoestesia, paresias)
- Imposibilidad para la alineación del eje de la columna torácica con el eje de la columna cervical (implica un traumatismo severo)



Los pasos que se deben seguir para inmovilizar la columna cervical con los diferentes tipos de collares cervicales son los siguientes.

Collar Philadelphia: Una persona inmoviliza manualmente la cabeza y otra persona desliza la parte posterior del collar con la parte más larga hacia abajo, posteriormente se pone la parte anterior del collar y se ajusta el velcro.

Collar Stiffneck: Una persona inmoviliza manualmente la cabeza y otra persona desliza el collar cervical stiffneck por la parte posterior del cuello hasta que salga el velcro, una vez sale el velcro se desliza la parte anterior del collar por la parte anterior del cuello y se ajusta el velcro. Es importante recordar que el collar stiffneck es un collar ajustable a la medida del paciente por lo cual se debe medir usando los dedos del reanimador. Se ponen los dedos desde el ángulo de la mandíbula hasta el borde superior de la clavícula y se ajusta el collar a esta medida.

